Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
No 67, Volume 17, Issue 3

Check for updates

Original Article

Strategies for Enhancing Food Security During Pregnancy Based on the Perceived Experiences of Pregnant Women and Experts: A Qualitative Study

Maryam Bagheri[1*], Minoor Lamyian[2], Jila Sadighi[3], Fazlollah Ahmadi[4], Fatemeh Mohammadi Nasrabadi[5]

[1] Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[2] Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[3] Health Metrics Research Center, ACECR, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran
[4] Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[5] Food and Nutrition Policy and Planning Research Department, National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI), Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding author:** Maryam Bagheri, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran. E-mail: m.bagheri@nkums.ac.ir

DOI: 10.22034/nkums.17.3.62

How to Cite this Article:
Bagheri M, Lamyian M, Sedighi J, Ahmadi F, Mohammadi Nasrabadi F. Strategies for Enhancing Food Security During Pregnancy Based on the Perceived Experiences of Pregnant Women and Experts: A Qualitative Study. J North Khorasan Univ Med Sci. 2025;17(3): 62-74. DOI: 10.22034/nkums.17.3.62

Received: 10 January 2025
Accepted: 09 March 2025

Keywords:
Food Security
Pregnancy
Qualitative Study

Abstract

Introduction: Food security during pregnancy is crucial for maintaining the health of expectant mothers and improving prenatal outcomes for both mother and child. This study aimed to explore solutions for enhancing food security during pregnancy by drawing on the insights of pregnant women and experts in North Khorasan Province, Iran.

Methods: This qualitative study collected data through purposive sampling and semi-structured interviews conducted in North Khorasan Province, Iran, in 2023. Data analysis was performed concurrently with data collection using a conventional content analysis approach. The validity, confirmability, reliability, transferability, and originality of the findings were rigorously assessed to ensure accuracy and precision.

Results: A total of 23 in-depth semi-structured interviews were conducted with 17 pregnant women of reproductive age and 6 food security experts, achieving data saturation. Analysis yielded 862 primary codes and 215 condensed codes, which were organized into 33 subcategories based on similarities. These subcategories were further grouped into 9 categories and 4 main themes: Dietary Quantity, Diet Quality, Managing Food Insecurity, and Improving Food Security.

Conclusion: Based on participants' experiences, education and counseling on nutritional requirements, supported by targeted educational content and effective programs, can significantly improve the delivery of practical nutrition education for pregnant women. Additionally, monitoring the food security status of pregnant women, strengthening intersectoral collaboration, ensuring equitable access to food within communities, promoting household economic empowerment, encouraging social support and private sector involvement, and establishing as well as continuously evaluating nutritional support programs are essential steps to enhance food security among pregnant women.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Copyright *© 2025 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی

راهکارهای بهبود وضعیت امنیت غذایی بارداری بر اساس تجارب درک‌شده زنان باردار و صاحب نظران: یک مطالعه کیفی

مریم باقری[۱*]، مینور لمیعیان[۲]، ژیلا صدیقی[۳]، فضل اله احمدی[۴]، فاطمه محمدی نصرآبادی[۵]

[۱] گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۲] گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۳] مرکز تحقیقات سنجش سلامت جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
[۴] گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۵] انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** مریم باقری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
ایمیل: m.bagheri@nkums.ac.ir

DOI: 10.22034/nkums.17.3.62

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

واژگان کلیدی:
امنیت غذایی
بارداری
مطالعه کیفی

چکیده

مقدمه: امنیت غذایی دوران بارداری، برای حفظ سلامت زنان باردار و بهبود پیامدهای پرناتال مادر و کودک امری ضروری است؛ لذا این مطالعه با هدف مطالعه راهکارهای بهبود وضعیت امنیت غذایی بارداری بر اساس تجارب درک‌شده زنان باردار و صاحب‌نظران استان خراسان شمالی انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی می‌باشد،که داده‌ها به‌روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند در سال ۱۴۰۲ در استان خراسان شمالی جمع‌آوری شد. فرآیند تجزیه‌وتحلیل به‌صورت مستمر و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، به روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی انجام شد. صحت و دقت یافته‌ها با معیارهای اعتبار، تاییدپذیری، اطمینان‌پذیری، انتقال‌پذیری و اصالت بررسی شد.

یافته‌ها: پس از ۲۳ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختارمند با ۱۷زن باردار و ۶ صاحب‌نظر امنیت غذایی، اشباع داده حاصل گردید. پس از خلاصه‌سازی واحدهای تحلیل، ۸۶۲ کد اولیه و ۲۱۵ کد برآیندی به‌دست آمد که بر اساس شباهت در ۳۳ زیرطبقه جای گرفتند و با مقایسه زیرطبقات، ۹ طبقه و ۴ درون‌مایه اصلی (کمیت رژیم غذایی، کیفیت و بهره‌مندی از رژیم غذایی، مدیریت ناامنی غذایی و ارتقا امنیت غذایی) حاصل شد.

نتیجه‌گیری: براساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، آموزش و مشاوره نیازمندی‌های غذایی، محتوای آموزشی هدفمند، برنامه آموزشی اثربخش و منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای مطمئن در دوران بارداری، می‌تواند به ارائه برنامه‌های آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی منجر شود و با رصد وضعیت امنیت غذایی زنان باردار، تقویت سازوکار بین‌بخشی، بهره‌مندی عادلانه از غذا در جامعه، توانمندسازی اقتصادی خانوار، حمایت‌طلبی اجتماعی و مشارکت بخش خصوصی، استقرار و ارزشیابی مستمر برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار، بسترهای لازم برای بهبود وضعیت امنیت غذایی زنان باردار فراهم می‌شود.

مقدمه

امنیت غذایی زمانی وجود دارد که همه مردم، درتمام زمان‌ها، دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی به مواد غذایی کافی و سالم داشته باشند، به‌طوری‌که نیازها و ترجیحات غذایی آن‌ها برای یک زندگی سالم و فعال برآورده گردد. لذا، اجزای اصلی امنیت غذایی شامل؛ فراهم بودن غذای کافی برای جمعیت موجود، قابل دسترس‌بودن از نظر اقتصادی و بهره‌مندی درست از غذا و ثبات، می‌باشد[۱].

تامین امنیت غذایی و برقراری تغذیه سالم در جوامع، تلاشی جدی در جهت از بین‌بردن گرسنگی و در راستای دستیابی به دومین هدف توسعه پایدار است[۱]، اما در سال ۲۰۲۳ بین ۷۱۳ تا ۷۵۷ میلیون نفر از جمعیت جهان با گرسنگی مزمن مواجه بوده‌اند. حدود ۲۸/۹ درصد،

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

معادل ۲/۳۳ میلیارد نفر ناامن غذایی متوسط تا شدید بودند، یعنی به غذای کافی دسترسی نداشتند، که حدود ۱۰/۷ درصد، معادل ۸۶۴ میلیون نفر از آن‌ها ناامن غذایی شدید بودند[۲].

۳۹/۹ درصد از جمعیت ایران نیز در سال ۲۰۲۳ به گزارش سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (FAO) ناامنی غذایی متوسط تا شدید داشتند[۳،۲].

شرایط اقتصادی و درآمد خانوار به‌عنوان عامل اصلی مرتبط با ناامنی غذایی خانوار مطرح شده است[۴]، اما در مطالعات عوامل دیگری نیز در ارتباط با ناامنی غذایی خانوار مطرح شده‌است، ازجمله قومیت[۵]، تحصیلات پایین مادر و یا سرپرست خانوار[۶]، ارزش فرهنگی مرتبط با غذا، الگوهای تبعیض‌آمیز توزیع غذا در خانوار که گاه یک جنسیت و یا گروه خاص سنی را بر دیگران ترجیح می‌دهند و معمولا زنان و کودکان هستند که مورد غفلت واقع می‌شوند[۷]. از این‌رو، ناامنی غذایی به‌عنوان یک موضوع بسیار جنسیتی شناخته شده است[۸]. از طرف دیگر، زنان به دلیل چرخه قاعدگی، بارداری و شیردهی، نیازهای تغذیه‌ای پیچیده‌تری دارند، لذا تاثیر ناامنی غذایی بر سلامت زنان بیشتر از مردان است [۸]. در میان گروه‌های مختلف زنان نیز، بارداری یک عامل خطر مهم محسوب می‌شود، به‌طوری که احتمال بروز ناامنی غذایی در زنان باردار میانسال، نسبت به همتایان غیرباردار آن‌ها بیشتر است [۹].

شیوع ناامنی غذایی در بارداری بین ۱۲/۸ تا ۱۸/۶ درصد در کشورهای با درآمد بالا [۱۰] و بین ۳۷ تا ۷۴ درصد در کشورهای با درآمد متوسط و پایین گزارش شده است [۱۱]. ۶۱ درصد از جمعیت مادران ایرانی نیز به نقل از آخرین سند ملی بهبود تغذیه جامعه (۱۴۰۴-۱۴۰۰) ناامن غذایی هستند [۱۲].

زنان باردار، درخانواده‌هایی که از نظر غذایی ناامن هستند، ممکن است به‌منظور افزایش دسترسی اقتصادی خانوار، به غذاهای کم‌هزینه، فرآوری شده، پرکالری و با مواد مغّذی کمتر، وابسته شوند. مصرف این غذاهای پرانرژی در طول زمان، ممکن است منجر به اضافه وزن و چاقی گردد، اضافه وزن و چاقی هم عامل خطر دیابت و اختلالات فشارخون در بارداری هستند [۱۳]. ناامنی غذایی خانوار، ازطریق تاثیرگذاری بر کیفیت و کفایت تغذیه مادر در طول بارداری، می‌تواند اثرات قابل‌توجهی بر سلامت جنین هم داشته باشد [۱۴].

محل سکونت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی، اشتغال، میانگین درآمد ماهانه، میزان ثروت خانواده، بعد خانوار و تغییرات فصلی به طور معناداری با ناامنی غذایی زنان باردار ارتباط داشتند [۱۵]. لذا، ناامنی غذایی زنان باردار، نتیجه چندین عامل پیچیده از جمله: عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مانند؛ کمبود خدمات بهداشتی، نابرابری جنسیتی و ناامنی غذایی خانوار نیز است [۱۱]. بنابراین، بهبود تغذیه و امنیت غذایی در بارداری نیازمند یک رویکرد یکپارچه است [۱۶].

زینگا و همکاران (۲۰۲۴) در یک مطالعه توصیفی کیفی با عنوان "دیدگاه و ترجیحات زنان باردار ناامن غذایی در مورد غربالگری ناامنی غذایی و حمایت در مراقبت‌های معمول دوران بارداری" با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته چهره‌به‌چهره و نمونه‌گیری هدفمند به بررسی نظرات زنان باردار ناامن غذایی در ملبورن استرالیا پرداخته‌اند و نتایج حاکی از آن بود که زنان باردار تاکید کردند که غربالگری ناامنی غذایی و حمایت از زنان باردار ناامن غذایی، در دوران بارداری بسیار مهم است و از مزایای آن این است که زنان احساس می‌کنند که توسط مراقبشان برای داشتن یک بارداری سالم حمایت می‌شوند و کمتر تحت فشار برای افشای شرایطشان و درخواست کمک هستند. زنان باردار ناامن غذایی، ترجیح می‌دادند که غربالگری و حمایت در مراقبت‌های دوران بارداری در یک محیط امن و با حفظ کرامت مادر انجام شود [۱۷].

دیکسون و همکاران (۲۰۲۴) نیز در مطالعه خود با عنوان "دانش، نگرش و عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در مورد ناامنی غذایی در بارداری: یک بررسی کیفی مستقر در یک بیمارستان تخصصی پیش از زایمان در ملبورن، استرالیا" به بررسی نحوه مدیریت ناامنی غذایی در بارداری توسط مراقبین بهداشتی پرداختند و نتایج حاکی از آن است که مراقبین دوران بارداری، دانش و آگاهی محدودی درباره ناامنی غذایی در دوران بارداری دارند. فقدان تجربه در مدیریت ناامنی غذایی و نداشتن زمان کافی، ظرفیت آن‌ها را برای حمایت و ارائه مراقبت بهینه از زنان باردار ناامنی غذایی محدود می‌کند.

مطلعین کلیدی در مطالعه‌ی کنوان و همکاران (۲۰۲۲) با عنوان "فرصت‌های ازدست‌رفته برای بهبود امنیت غذایی زنان باردار: یک مطالعه کیفی در مراقبت‌های بارداری در شمال نیوانگلند در طول همه‌گیری کووید ۱۹" تاکید کردند که یکی از راهکارهای ارتقای امنیت غذایی در زنان باردار، استفاده از ابزارهای استاندارد، جهت غربالگری مادران ناامن غذایی در دوران بارداری است، به‌طوری‌که پس از شناسایی، ارجاع و مداخله، پیامد توسط همان ابزار قابل بررسی باشد [۱۸].

لذا به نظر می‌رسد درک تجربیات زنان باردار از امنیت غذایی و تحلیل عوامل موثر بر انتخاب، خرید و مصرف مواد غذایی در دوران بارداری، گامی کلیدی در توسعه راهبردها و مداخلات هدفمند باشد که امنیت غذایی و رفتارهای غذایی سالم زنان باردار را ارتقا می‌دهد، اما در ایران در مورد موانع تغذیه سالم و تجربیات امنیت و یا ناامنی غذایی زنان در دوران بارداری، اطلاعات کمی وجود دارد. لذا، با عنایت به نقش بسیار مهم امنیت غذایی دوران بارداری بر پیامدهای مادری و نوزادی و با توجه به این‌که در گزارش پایش فقر در سال ۱۳۹۹ تهیه شده توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، استان خراسان شمالی، دومین استان محروم کشور است و تاکنون امنیت غذایی زنان باردار در این استان بررسی نشده است و اطلاعات دقیقی در این حیطه موجود نمی‌باشد (اعلام نیاز مطالعه در نامه‌ای به شماره ۱۴۰۱/۷۰/۲۸۳ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۲۰ از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی اخذ شده است) و از طرف دیگر، در راستای حمایت از طرح جوانی جمعیت و فرزندآوری نیاز است که اقدامات بهینه در جهت ارتقای سلامت مادر و جنین نیز در نظر گرفته شود، مطالعه حاضر با هدف "بررسی راهکارهای بهبود وضعیت امنیت غذایی بارداری بر اساس تجارب درک‌شده زنان باردار و صاحب‌نظران استان خراسان شمالی" انجام شده است.

روش کار

مطالعه از نوع کیفی میکس متود است که در قالب طرح پژوهشی و با هدف "تحلیل وضعیت امنیت غذایی دوران بارداری از دیدگاه زنان باردار و متخصصین حوزه امنیت غذایی" انجام شده است[۱۹]. عرصه مطالعه، مراکز خدمات جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

خراسان‌شمالی بودند؛ زنان باردار و متخصصین حوزه امنیت غذایی، مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بودند که بر اساس معیارهای ورود و با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به تدریج وارد مطالعه شدند. به این ترتیب که زنان باردار، ایرانی‌الاصل، ساکن شهرها و روستاهای استان خراسان شمالی، تحت پوشش نظام مراقبت‌های بهداشتی، دارای توان بیان و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه، درگروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال و بدون بیماری زمینه‌ای وارد مطالعه شدند. باتوجه به ویژگی‌های مطالعات کیفی از نظر سایر مشخصات دموگرافیک نظیر سطح تحصیلات، شغل و ... محدودیتی وجود نداشت، بلکه پژوهشگر تلاش کرد که نمونه‌ها را با حداکثر تنوع از نظر سن زن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، شغل سرپرست خانوار، محل زندگی و سن بارداری انتخاب نماید. متخصصین امنیت غذایی نیز از ارائه‌دهندگان خدمت درسطح استان تا سیاست‌گذاران در سطح کلان کشور، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها دراین مطالعه، مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند بود. به این ترتیب که پژوهشگر در مراکز جامع خدمات سلامت حضور یافته و پس از معرفی خود و توضیح اهمیت و اهداف پژوهش و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه کتبی از زنان باردار و رضایت شفاهی از صاحب‌نظران، اخذ نموده و زمان و مکان مصاحبه را با آنان هماهنگ می‌کرد. مصاحبه به‌صورت انفرادی و در یک محیط خصوصی که مورد نظر و تایید مشارکت‌کنندگان بود، انجام شد و با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان مصاحبه توسط دستگاه ضبط‌صوت، ضبط گردید. در ابتدای مصاحبه، سوالاتی برای آشنایی بیشتر پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان و همچنین ایجاد جو صمیمانه پرسیده شد، سپس با سوالات باز که این امکان را برای مشارکت‌کنندگان به وجود می‌آورد که تجربیات خود را در مورد پدیده مورد نظر کامل شرح دهند، ادامه یافت و به سمت سوالات تخصصی و در راستای اهداف پژوهش هدایت شد. مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که مشارکت‌کنندگان دیگر اطلاعاتی برای ارائه نداشتند و درصورت نیاز مثل؛ خستگی مشارکت‌کنندگان یا عدم اشباع داده‌ها، مصاحبه در جلسات بعدی با همان مشارکت‌کننده ادامه پیدا کرد. در پایان مصاحبه، ضمن تشکر از مشارکت‌کننده، احتمال نیاز به مصاحبه بعدی مطرح می‌گردید. درکنار ضبط صدا، پژوهشگر با همراه داشتن قلم و کاغذ، کلیه احساسات، تغییرات چهره، تن صدا و زبان بدن مشارکت‌کنندگان را نیز در حین مصاحبه ثبت می‌نمود.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

فرایند تجزیه‌وتحلیل به‌صورت هم‌زمان و مستمر با جمع‌آوری داده‌ها به روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی (استقرایی) و بر مبنای الگوریتم پیشنهادی گران‌هایم و لوندمن انجام شد [۲۰]. برای آماده‌کردن داده‌ها، پژوهشگر پس از هر مصاحبه، اطلاعات را کلمه به کلمه تایپ کرده و به فرمت متنی تبدیل می‌کرد. در پژوهش حاضر، متن کل هر مصاحبه به‌عنوان واحد تحلیل در نظرگرفته شده و سپس واحد معنی از آن استخراج می‌شد. برای آزمون کدگذاری، پس از این‌که نمونه‌ای از متن به کد تبدیل می‌شد، کدگذاری توسط تیم تحقیق بررسی می‌شد. سپس کدگذاری تمام متن انجام‌شده و پژوهشگر به‌صورت مداوم کدگذاری را بررسی می‌کرد تا مطمئن شود بین کدهای استخراج شده براساس استنباط پژوهشگر با نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش و تیم تحقیق توافق وجود دارد. پس از اتمام کدگذاری مجددا ثبات کدگذاری بررسی شد و درنهایت پژوهشگر با کمک تیم تحقیق از داده‌ها نتیجه‌گیری کرده و مضامین درونی را مشخص و بازبینی نمود و به‌منظور قابل تکرار بودن پژوهش، روند کار، کدگذاری‌ها و روش‌های افزایش دقت به‌طورکامل گزارش شده است.

صحت و دقت یافته‌ها

به‌منظور بررسی صحت یافته‌های حاصل از این پژوهش، از پنج معیار جانسون که شامل: اعتبار، تاییدپذیری، اطمینان‌پذیری، انتقال‌پذیری و اصالت است، استفاده شده است [۲۱] (جدول شماره ۱).

جدول ۱: بررسی صحت و دقت یافته‌ها

معیار	فعالیت‌هایی که در پژوهش حاضر به کار گرفته شده است
اعتبار	درگیری طولانی‌مدت و مشاهده مداوم بازبینی توسط همکار علمی: ۱- برگزاری نشست‌های علمی با متخصصین که مستقیما درگیر مطالعه فعلی نیستند. ۲- ارائه یافته‌های اولیه پژوهش در کنفرانس و یا همایش‌های ملی و بین‌المللی بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان مثلث‌سازی منابع داده‌ها: ۱- مصاحبه با زنان باردار ۲- مصاحبه با کارشناسان تغذیه مراکز جامع سلامت ۳- مصاحبه با کارشناس امنیت غذایی معاونت بهداشتی دانشگاه ۴- مصاحبه با کارشناسان امنیت غذایی دفتر گروه بهبود تغذیه وزارت بهداشت
تاییدپذیری	گزارش دقیق تمام مراحل کار و دریافت تایید از مادران مشارکت‌کننده در پژوهش، اعضای تیم پژوهش و متخصصین امنیت غذایی
اطمینان‌پذیری	۱- آنالیز مقایسه‌ای مداوم ۲- بازبینی توسط همکار ۳-کنترل توسط ناظر خارجی
انتقال‌پذیری	انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع
اصالت	۱- هر طبقه شناسایی‌شده شامل حداقل یک سند مرتبط است. ۲- نمونه‌گیری هدفمند ۳- تنوع مشارکت‌کنندگان در تحقیق برای جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

یافته‌ها

جمع‌آوری داده‌ها از ۱۴۰۱/۰۵/۲۳ آغاز شده و تا ۱۴۰۲/۰۳/۳۱ ادامه داشت که در مجموع ۲۳ مصاحبه در دو بخش زنان باردار و متخصصین حوزه امنیت غذایی انجام شد (جدول شماره ۲).

پس از فرآیند خلاصه‌سازی واحدهای تحلیل، ۸۶۲ کد اولیه و ۲۱۵ کد برآیندی و متراکم شده به‌دست آمد که بر اساس شباهت در ۳۳ زیرطبقه جای گرفتند و با مقایسه زیر طبقات، ۹ طبقه و ۴درون‌مایه اصلی حاصل شد. نتایج تحلیل محتوا در مطالعه دیگری با عنوان "Food security during pregnancy: A qualitative content analysis study in Iran" منتشر شده است [۲۲] (جدول شماره ۳).

درون‌مایه ارتقای امنیت غذایی از دو طبقه اصلی و ۱۲ زیرطبقه شکل گرفته است. طبقات اصلی این درون‌مایه شامل ارائه برنامه‌های آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی و بهبود نظام مدیریت امنیت غذایی زنان باردار می‌باشد.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در مطالعه

مشخصات زنان باردار مشارکت‌کننده در مطالعه	
تعداد مصاحبه‌های انجام‌شده	**۱۷ مصاحبه**
مدت زمان مصاحبه‌ها	۲۵ تا ۵۵ دقیقه – میانگین: ۴۰ دقیقه
محل سکونت	شهری (۱۰ نفر) روستایی (۷ نفر)
سن زنان باردار مشارکت‌کننده	۲۰ تا ۴۲ سال – میانگین: ۳۰ سال
سن بارداری	۱۶ تا ۳۶ هفته – میانگین ۲۹ هفته
تحصیلات	ابتدایی (۶ نفر) دبیرستان تا دیپلم (۶ نفر) دانشگاهی (۵ نفر)
شغل	خانه‌دار (۱۳ نفر) شاغل (۴ نفر)
شغل سرپرست خانوار	کارگر (۶ نفر) آزاد (۵ نفر) کارمند (۶ نفر)
تعداد بارداری	۱ تا ۶ – میانگین: ۳
مشخصات مطلعین کلیدی مشارکت‌کننده در مطالعه	
تعداد مصاحبه‌های انجام‌شده	۶ مصاحبه
تحصیلات	کارشناسی (۲ نفر) کارشناسی‌ارشد (۲ نفر) دکترا (۲ نفر)
سابقه کاری	۴ تا ۳۰ سال
سمت شغلی	ارائه‌دهنده خدمت (۳ نفر) سیاست‌گذار (۳ نفر)

جدول ۳: درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات

درون‌مایه	طبقه	زیر طبقه
کمیت رژیم غذایی	ناپایداری منابع غذایی	قیمت بالای مواد غذایی نگرانی از قدرت خرید پایین دسترسی ناپیوسته و نامطمئن به مواد غذایی
	ناتوانی اقتصادی در تامین مواد غذایی	کسب درآمد ناپایدار شوک‌های درآمدی
	محدودیت بودجه غذایی	فشار هزینه‌های غیرغذایی خانوار بروز هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده خانوار
کیفیت و بهره‌مندی از رژیم غذایی	اختلال در بهره‌مندی از مواد غذایی در بارداری	ناخوشی‌های جسمی در بارداری ناخوشی‌های روانی در بارداری
	فرهنگ و سواد تغذیه‌ای	عادات و الگوی غذایی نامناسب زنان باردار دانش غذایی ناکافی زنان باردار نگرش و باورهای غذایی غلط زنان باردار تقویت رفتار غذایی سالم خانوار
مدیریت ناامنی غذایی	راهکارهای مواجهه	سازمان‌دهی منابع محدود فراهم‌کردن بودجه اضافی برای تامین مواد غذایی تهیه غذاهای ارزان و سیرکننده
	بهره‌مندی از حمایت غذایی	تاب‌آوری و جیره‌بندی غذایی استفاده از جایگزین‌های غذایی
	بهره‌مندی از حمایت غذایی	دریافت حمایت غذایی اجتماعی دریافت حمایت غذایی دولتی
ارتقا امنیت غذایی	ارائه برنامه‌های آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی	ارائه آموزش و مشاوره نیازمندی‌های غذایی ارائه محتوای آموزشی هدفمند نیاز به برنامه آموزشی اثربخش
	بهبود نظام مدیریت امنیت غذایی زنان باردار	دسترسی به منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای در دوران بارداری رصد وضعیت امنیت غذایی زنان باردار تقویت سازوکار بین‌بخشی بهره‌مندی عادلانه از غذا در جامعه ارائه برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف غذای خانوار

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

۱- ارائه برنامه‌های آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی

۱-۱ - ارائه آموزش و مشاوره نیازمندی‌های غذایی

زنان باردار مشارکت‌کننده در این مطالعه از میزان و نوع آموزش‌های تغذیه دوران بارداری در مراکز بهداشتی و مطب متخصصین زنان و ماماها ناراضی بودند و عنوان می‌کردند که آموزش‌های تغذیه دوران بارداری در بهداشت درحین انجام معاینات روتین بارداری، عجولانه داده می‌شود و یا تنها در هنگام بروز اختلال وزن‌گیری، توصیه‌های غذایی به زنان باردار ارائه می‌شود، درحالی‌که به آموزش فردی، تدریجی و برحسب نیاز که در طول بارداری تکرار شود، نیاز داشتند.

" الان بهداشت که میام، در حد دو دقیقه در حین وزن‌گرفتن و فشارگرفتن یه چیزایی میگن اما دراین‌حد اصلا کافی نیست."
مشارکت‌کننده ۹ (خانم ۲۸ساله، حاملگی اول،۲۵ هفته)

۱-۲- ارائه محتوای آموزشی هدفمند

مطلعین کلیدی نیز نیاز به آموزش جایگزین‌های غذایی، مغذی‌سازی غذاها با منابع غذایی دردسترس، اهمیت مصرف مکمل‌ها و ریزمغذی‌ها به زنان در مراقبت‌های قبل و در حین بارداری را مطرح کردند.

"گاهی واقعاً من به‌عنوان کارشناس تغذیه کاری از دستم ساخته نیست، مگر اینکه فقط همون بحث آموزش جایگزین‌ها رو بیشتر رواج بدم که افراد به این باور برسند که با حبوبات هم می‌توانند نیاز پروتئینی خودشونو برآورده کنند که خب قیمت پایین‌تری دارند"
مشارکت‌کننده ۲۰ (کارشناس تغذیه، ۶ سال سابقه کار)

اما به علت محدودیت تعداد کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی و حضور نیمه‌وقت، زنان باردار به آن‌ها دسترسی کامل نداشتند.

"الان در کل استان من فقط ۹ کارشناس تغذیه دارم که تو خود بجنورد هر دو تا مرکز رو به طور متوسط داره یک کارشناس تغذیه پوشش میده خب در نتیجه در هر مرکزی هفته‌ای دو تا سه روز هست و یه روزایی نیست و مادری که ارجاع میشه و میره می‌بینه کارشناس تغذیه نیست مجدد وقت نمیزاره که بیاد فقط برای مشاوره تغذیه." **مشارکت‌کننده ۱۸ (کارشناس تغذیه، ۲۷ سال سابقه کار)**

۱-۳- نیاز به برنامه آموزشی اثربخش

در میان تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مراکز بهداشتی بهترین محل شناسایی زنان ناامن غذایی و آموزش موثرترین مداخله بهداشت برای بهبود تغذیه زنان باردار شناسایی شده است.

"تو مطب متخصص‌های زنان که اصلاً از آموزش خبری نیست برای همین من فکر می‌کنم بهترین جا برای آموزش، بهداشت هست. خب رایگان هم هست الان کی میتونه بره هر دفعه نزدیک ۱۰۰ هزار تومن برای یک جلسه مشاوره ۱۵ دقیقه‌ای پیش کارشناس تغذیه"
مشارکت‌کننده شماره ۶ (خانم ۳۱ساله ، حاملگی دوم، ۲۵ هفته)

اما طبق تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، به علت عدم امکان بررسی الگوی واقعی تغذیه زنان باردار، کمبود فضای فیزیکی، کمبود وقت مراقب سلامت و زن باردار، کمبود امکانات مراکز بهداشتی، بارکاری زیاد مراقب سلامت، تعداد زیاد سوالات سامانه و تعدد موضوعات آموزشی و خدماتی که در هر بار مراقبت باید به زنان باردار ارائه شود، پایش‌نشدن آموزش‌ها، اطلاعات ناکافی کارکنان بهداشت، عدم مطالعه دستورالعمل‌ها، وابستگی بیش از حد کارکنان بهداشتی به سامانه و استناد به مطالب غیرعلمی فضای مجازی و طب سنتی، ارائه آموزش و مشاوره اصولی در مراکز بهداشت امکان‌پذیر نبوده و آموزش‌های تغذیه دوران بارداری کلی، یکسان و غیرکاربردی هستند.

"آموزش در مراکز بهداشتی ما در بهترین حالت بدون همه آن اما و اگرها یک آموزش کلی، یکسان و برای همه یک مدل هست، چون خیلی مواقع اون الگوی واقعی تغذیه مادر بررسی نمی شه، به هزار و یک دلیل مادر واقعیت رو نمیگه، شما می‌بینید که تو یه اتاق، سه تا چهار تا مراقب سلامت نشستند و همزمان دارند مادر ویزیت می‌کنند با کلی ارباب‌رجوع. من اعتقادم این هست که همان‌طور که خیلی از حوزه‌ها رو میگیم محرمانه است، حوزه تغذیه هم محرمانه است و باید حریم خصوصی مادر حفظ بشه، اما تو مراکز شهری ما این امکان وجود نداره، من شاید نخوام، روم نشه که بگم من از این عید قربان تا عید قربان گوشت نمیتونم بخورم و در نتیجه اطلاعات دروغ بده گوشت می‌خوری بله شیر و ماست می‌خوری بله می‌خورم و الی‌آخر درصورتی‌که واقعیت چیز دیگری هست" **مشارکت‌کننده ۱۸ (کارشناس تغذیه، ۲۷ سال سابقه کار)**

۱-۴- دسترسی به منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای در دوران بارداری

تعیین منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای زنان باردار می‌تواند در برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و ایجاد فضای مناسب آموزش‌های تغذیه دوران بارداری نقش مهمی را ایفا کند. بیشترین منابعی که به‌عنوان منابع کسب اطلاعات سلامت در مطالعات آمده است شامل اینترنت، دوستان و آشنایان، رادیو و تلویزیون، پزشکان و کارکنان بهداشت و درمانی و در نهایت مجلات، کتابچه‌ها و نشریات بهداشتی می‌باشند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز از اینترنت و فضای مجازی، کارکنان بهداشت و تجربه قبلی و یا سایر زنان باردار به‌عنوان منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای دوران بارداری نام بردند. برخی از زنان باردار به علت هزینه اینترنت به‌صورت محدود از فضای مجازی و اپلیکیشن‌های بارداری استفاده می‌کردند. همچنین به‌صرف نام و مدرک تحصیلی نویسندگان به اطلاعات تغذیه‌ای فضای مجازی (گوگل، سایت متخصصین تغذیه، پیام‌رسان‌ها و اپلیکیشن‌های بارداری) اعتماد کرده و از آن‌ها استفاده می‌کنند. برخی از زنان تمایل به اشتراک گذاشتن تجارب غذایی در بارداری با زنان باردار دیگر در فضای مجازی داشتند. برخی دیگر از زنان اظهار می‌کردند که بر اساس تجربه بارداری قبلی،

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

در مورد تغذیه دوران بارداری اطلاعات دارند و تمایل به اشتراک‌گذاشتن تجارب غذایی در بارداری با زنان باردار دیگر در فضای مجازی را داشتند. متخصصین تغذیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز ذکر کردند که نشر مطالب غیرعلمی تغذیه توسط افراد غیرمتخصص در فضای مجازی و یا شایعات فضای مجازی بر مصرف برخی مواد غذایی ضروری در بارداری اثر منفی گذاشته است. همچنین در شرایط بحران کووید ۱۹، به علت کاهش آموزش و مشاوره حضوری، کارکنان بهداشتی تجربه آموزش تغذیه در فضای مجازی را داشتند و در نهایت این‌که مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز، از کارکنان بهداشت، به‌عنوان منبع مطمئن کسب اطلاعات تغذیه دوران بارداری نام بردند.

در مورد اثر منفی شایعات فضای مجازی بر مصرف برخی مواد غذایی در بارداری یکی از زنان بارداری‌گفت:

"قبل بارداری یکی دو باری میگو خورده بودم؛ ولی یه جایی تو اینترنت خوندم که میگو تو بارداری ضرر داره، برای همین از موقعی که باردار شدم اصلاً مصرف نکردم، یعنی شنیده بودم که ضرر داره، خودم هم مطالعه کردم، خب فکر می‌کنم که چون ویتامین A در میگو زیاده نباید در بارداری مصرف بشه. دیگه برای همین من هم نخوردم" **مشارکت‌کننده ۱۲ (خانم ۲۴ ساله، حاملگی اول، ۲۲ هفته)**

۲- بهبود نظام مدیریت امنیت غذایی زنان باردار

۲-۱- رصد وضعیت امنیت غذایی زنان باردار

متخصصین حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه اعلام‌کردند که درحال حاضر، امکان شناسایی صحیح زنان باردار نیازمند حمایت غذایی بر اساس سامانه سیب و یا دهک درآمدی وجود ندارد، اما با استفاده از یک ابزار غربالگری استاندارد و رصد وضعیت امنیت غذایی زنان باردار، علاوه بر شناسایی صحیح زنان باردار نیازمند حمایت غذایی، امکان شناسایی خانوارهای ناامن غذایی هم فراهم می‌شود.

"آن چیزی هم که ما الان داریم تو سامانه سیب پر می‌کنیم هم باز به شکل دقیق امنیت غذایی رو با این تعریفی که شما می‌فرمایید بررسی نمی‌کند و تو مراقبت‌های ما امنیت غذایی اونقدری بولد نیست و پرسش‌نامه‌ای که طراحی شده برای غربالگری تغذیه، کمیت و تعداد واحدهای غذایی که اون فرد مصرف می‌کنه رو بررسی می‌کنه و به نظر من حتی کیفیت رو هم بررسی نمی‌کنه و امنیت غذایی رو هم که اصلاً در نظر نداره" **مشارکت‌کننده ۱۹ (کارشناسی‌ارشد مامایی، ۱۹ سال سابقه کار)**

۲-۲- تقویت ساز و کار بین‌بخشی

مسئله غذا مصداق عینی یک موضوع راهبردی است که تحت‌تاثیر عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، بین‌المللی، فناوری و اکوسیستم قرار می‌گیرید، به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری‌های بین‌بخشی در برنامه‌های ارتقای امنیت غذایی تاکید می‌شود.

در ارتباط با اولویت‌نبودن امنیت غذایی از نظر مدیران یکی از صاحب‌نظران می‌فرمودند که:

"در وزارت بهداشت و درمان همیشه درمان اولویت هست؛ چون پیامد بهداشتی زود دیده نمیشه، عینی نیستند اما درمان هم نتایج عینی‌تر هستند و هم زودتر مشخص می‌شوند، سختی کار توی بحث امنیت غذایی این هست، چون باید از دیدگاه پیشگیری کار بشه، خیلی درحوصله مسئولین نمی‌گنجه، توخود بهداشت هم این‌قدر دغدغه وجود داره که همیشه تغذیه اولویت آخر بودجه هست" **مشارکت‌کننده ۲۳ (دکترای تغذیه، ۳۰ سال سابقه کار)**

و در مورد نیاز به همکاری‌های بین بخشی یکی دیگر از صاحب‌نظران این‌طور می‌فرمودند:

"امنیت غذایی یه بخشش برمیگرده به واحد سلامت روان و یه بخشش برمیگرده به واحد بیماری‌ها، به واحد سلامت خانواده، حالا این‌ها بخش‌های درون‌سازمانی خود وزارت بهداشت هست که ما در ۲۵درصد سلامت مردم نقش داریم اون ۷۵ درصد باقی‌مانده جهاد، رفاه، اقتصاد، تورم و اشتغال هست که خارج از بعد وزارت بهداشته ولی برای ارتقای امنیت غذایی بسیار اثرگذار هست. پس باید بحث امنیت غذایی هم برای مدیران وزارت بهداشت و هم سایر سازمان‌های ذی‌ربط دغدغه بشه که یک حمایت جمعی بیاد سراغش تا حل بشه" **مشارکت‌کننده ۱۸ (کارشناس تغذیه، ۲۷ سال سابقه کار)**

۲-۳- بهره‌مندی عادلانه از غذا در جامعه

توجه به دهک‌های پایین اقتصادی در جوامع و توزیع جغرافیایی عادلانه غذا، در جهت تحقق تامین پایدار غذا به‌عنوان یکی از شش نقطه مهم و اصلی تمرکز برای بهبود شاخص‌های امنیت غذایی مطرح شده است. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز، استمرار طرح هدفمندی یارانه‌ها برای اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، تخصیص بودجه و اعتبار کافی برای فقرزدایی، اختصاص یارانه به اقلام غذایی اصلی و مهار تورم، کنترل نوسانات و قیمت بالای مواد غذایی می‌تواند در بهره‌مندی عادلانه از غذا در جامعه موثر باشد. در مورد استمرار طرح هدفمندی یارانه‌ها برای اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، مشارکت‌کننده ۲۳ این‌طور گفتند که:

"یارانه باید به‌طورجدی بهش پرداخته بشه، یه کارهایی رو دولت الان داره می‌کنه ولی این باید ادامه‌دار باشه و نباید موقتی باشه و ما باید به‌صورت مستمر بحث یارانه‌های هدفمندشده رو برای اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر جامعه داشته باشیم و این یه برنامه بلندمدت هست که باید همیشه باشه، مقطعی نباید باشه که امسال یارانه بدهند و سال دیگه قطع بشه" **مشارکت‌کننده ۲۳ (دکترای تغذیه، ۳۰ سال سابقه کار)**

۲-۴- ارائه برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف غذای خانوار

در بررسی تعیین سبد غذای مطلوب ایرانیان در سال ۱۳۹۱ مشخص شد که الگوی مصرف شیر و لبنیات، میوه و سبزی، کمتر و مصرف قند و چربی و روغن، بیشتر از میزان‌های توصیه‌شده است. بنابراین، آموزش‌های فردی، گروهی و همگانی، برای ارتقای سطح سواد غذایی و سلامت، اصلاح فرهنگ و آداب و رسوم غذایی غلط از سیاست‌های کلی اصلاح الگوی مصرف مواد غذایی خانوارها می‌باشند. متخصصین حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه نیز به دو تجربه، اصلاح فرهنگ غذایی نیازمند یک تلاش دسته‌جمعی و آموزش همگانی و استفاده از ظرفیت بخش خصوصی و موسسات آموزشی برای اصلاح فرهنگ و ارتقای سواد تغذیه‌ای اشاره داشته‌اند. در ارتباط با اصلاح

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

فرهنگ غذایی نیازمند یک تلاش دسته‌جمعی و آموزش همگانی مشارکت‌کننده ۱۹ عنوان می‌کرد که:

"مهم‌ترین کاری که ما الان در حین مراقبت‌هایی که برای مادران باردار داریم انجام می‌دیم به بحث تغذیه مرتبط می‌شه، همون بررسی الگوهای غذایی و آموزشی است که برای اصلاح الگوهای غذایی غلط انجام می‌شه، اما این تغییر و اصلاح فرهنگ نیاز به یک تلاش دسته‌جمعی مسئولین و حتی خود مردم را دارد." **مشارکت‌کننده ۱۹ (کارشناسی‌ارشد مامایی،۱۹ سال سابقه کار)**

۲-۵- توانمندسازی اقتصادی خانوار باهدف خودکفایی

تقویت اجرای طرح‌های اشتغال‌زایی برای سرپرستان خانوارهای ناامن غذایی و یا توانمندسازی اقتصادی سایر اعضای خانواده باهدف خودکفایی و افزایش میزان درآمد یکی دیگر از راهبردهای بهبود کیفی نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی در کشور است. در میان تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، راهکارهایی مانند اشتغال‌زایی برای سرپرست خانوارهای زنان باردار ناامن غذایی، توانمندسازی زنان روستایی و عشایر در تامین مواد غذایی موردنیاز خانواده، توانمندسازی زنان برای ایجاد کسب‌وکارهای خانگی و درآمدزایی با رویکرد هنرهای بومی، حمایت مالی از زنان دارای مشاغل خانگی و طرح ساماندهی شیر سنتی باتوجه‌به گرایش مردم خراسان شمالی به مصرف لبنیات محلی در جهت توانمندسازی اقتصادی خانوار باهدف خودکفایی پیشنهاد شده‌است.

در ارتباط با توانمندسازی زنان روستایی و عشایر در تامین مواد غذایی موردنیاز خانواده، یکی از صاحب‌نظران این‌طور می‌گفتند که:

"به نظر من خیلی کارها رو میشه برای خانم‌ها کرد که اونها هم بتونند تو همون خونه‌هاشون با هر سطح سوادی که دارند یه درآمدی داشته باشند که هم به اون بعد استقلال مالی‌شون کمک بشه و هم توان خرید خانواده بالاتر بره. تو روستاها این بستر فراهم هست، تو خونه‌هاشون باغچه‌های بزرگی دارند، زمین دارند، هم بهشون آموزش داده بشه و هم یک‌سری کمک مقدماتی بشه که اونها از این چیزهایی که دارند استفاده کنند، سبزی بکاره، درخت بکاره، که بتونه میوه و سبزی خودشو تامین کنه، مرغ و خروس نگه‌داره، تخم‌مرغش تامین بشه. حالا ممکنه همون رو هم ببرند به‌خاطر نیازی که دارند بفروشند؛ ولی بالاخره یه قسمتیش صرف نیاز خانواده خواهد شد." **مشارکت‌کننده ۲۱ (دکترای تغذیه، ۶ سال سابقه کار)**

و یا مشارکت‌کننده دیگری این‌طور می‌گفت:

"پیشنهادهایی این‌طوری مثل سبد غذایی یه تسکین‌های موقتی محسوب می‌شوند و یه برنامه کوتاه‌مدت هست، درصورتی‌که برنامه اصلی باید برنامه‌های بلندمدت و شامل اشتغال پایدار باشه که بتونه برای خانواده‌ها درآمد پایدار ایجاد کنه و با شناسایی توانمندی اون منطقه که مثلاً این منطقه باغات خوبی داره، این منطقه صنایع‌دستی مرغوبی داره، هرچیزی، روی بحث اشتغال سرمایه‌گذاری کنید بیایم روی بحث اشتغال خانگی زنان کار کنیم که خودشون توانمند بشن و بتونن برای خودشون درآمدزایی داشته باشن" **مشارکت‌کننده ۱۸ (کارشناس تغذیه، ۲۷ سال سابقه کار)**

۲-۶- حمایت‌طلبی اجتماعی و مشارکت بخش خصوصی برای ارتقای امنیت غذایی زنان باردار

امروزه، گرایشی بزرگ در بسیاری از کشورهای موفق در حوزه بهداشت و سلامت شکل‌گرفته است و آن واگذاری بسیاری از جنبه‌های سلامت از جمله بحث غذا به شرکت‌های خصوصی است که می‌تواند به دستیابی به مشارکت اجتماعی هم منجر شود. لذا امروزه بسیاری از امور مرتبط به تغذیه و امنیت غذایی از جمله بحث آموزش و ارتقای سطح سواد غذایی، تغییر و اصلاح فرهنگ غذایی، توانمندسازی اقتصادی خانوارها و تامین منابع به بخش‌های خصوصی واگذار گردیده‌است. بهره‌گیری از ظرفیت خیرین و مراکز خیریه، کانالیزه‌کردن منابع و امکانات خیرین به فعالیت‌های اجتماعی هدفمند در جهت تحصیل و یا اشتغال‌زایی اعضای خانوارهای نیازمند در راستای برنامه‌های حمایت از گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جامعه هم بخشی از این حمایت‌طلبی اجتماعی است. صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه نیز در میان تجربیات خود به مواردی مانند استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها برای حمایت غذایی زنان باردار ناامن غذایی، آموزش خیرین برای شرکت در برنامه‌های حمایت غذایی خانوارهای ناامن غذایی، ساماندهی کمک‌ها و نذورات غذایی خیرین اشاره شده‌است.

"باید بیایم از بخش‌های دیگه کمک بگیریم؛ مثلاً خیرین درگیر بشن، یا بخش خصوصی، بالاخره یه جاهایی که می‌تونن بیان سرمایه‌گذاری بکنن" **مشارکت‌کننده ۲۳ (دکترای تغذیه،۳۰ سال سابقه کار)**

۲-۷- تضمین عرضه پایدار غذای سالم و ایمن

غذای سالم و ایمن که در تعریف امنیت تغذیه‌ای آمده است، به معنای دسترسی به غذا بدون هر گونه آلودگی است که سبد و سفره غذایی خانوارها را شکل می‌دهد، صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه نیز بر قیمت بالای مواد غذایی ناسالم و قیمت پایین مواد غذایی سالم و قراردادن مالیات بر اقلام غذایی مضر به‌عنوان یک راهکار برای تولید و عرضه کمتر و تضمین عرضه پایدار غذای سالم و ایمن تاکید داشته‌اند.

در ارتباط باقیمت بالای مواد غذایی ناسالم و قیمت پایین مواد غذایی سالم مشارکت‌کننده ۱۸ بیان می‌کردندکه:

"الان برچسب تغذیه‌ای در تمام کارخانه‌های ما داره انجام می‌شه ولی چقدر افراد توجیه هستند که هدف از این برچسب چی هست، معنیش چی هست؟ چرا نوشابه باید ارزان‌ترین نوشیدنی باشه؟ چرا وقتی فروشگاه می‌خواد تخفیف بزاره این تخفیف رو روی نوشابه می‌زاره؟ در صورتی که نوشابه باید یک نوشیدنی لوکس و با قیمت بالا باشه و در مقابل دوغ با قیمت‌های پایین‌تری عرضه بشه که تمایل مردم به خرید اون اگر به سلامتش آگاهی ندارند لااقل به علت قیمت پایین‌تر باشد که این قبیل اقدامات در واقع نوعی بسترسازی در جامعه است." **مشارکت‌کننده ۱۸ (کارشناس تغذیه، ۲۷ سال سابقه کار)**

۲-۸- استقرار و ارزشیابی مستمر برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار

برنامه حمایت تغذیه‌ای مادران باردار و شیرده در ایران باهدف حمایت

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مالی از مادران باردار و شیرده و بهبود وضعیت تغذیه و درنهایت بهبود شاخص‌های تن‌سنجی آن‌ها؛ از سال ۱۳۷۴ و پیرو تفاهم‌نامه تنظیم‌شده وزارت بهداشت و درمان با موسسه بنیاد علوی که زیر نظر بنیاد جانبازان و مستضعفان می‌باشد،آغاز شده‌است. از ابتدای سال ۱۳۹۹ اجرای برنامه ارتقای سلامت مادران باردار و شیرده در قالب توزیع سبد غذایی به روش بن‌کارت غیرنقدی طی تفاهم‌نامه‌ای از سوی بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی به کمیته امداد امام خمینی(ره) واگذار شد. در این برنامه مادران باردار از ماه چهارم بارداری تا ماه ششم شیردهی با صلاحیت‌سنجی توسط سیستم بهداشت و همچنین استحقاق سنجی کمیته امداد (حداکثر تا دهک ۵) تحت پوشش قرار می‌گیرند و با شارژ ماهیانه بن‌کارت‌های اهدایی تحت حمایت درمی‌آیند. نارضایتی موجود در میان تجارب زنان باردار مشارکت‌کننده در این مطالعه، باعث شد که محقق به تحلیل طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار پرداخته و آن را در مصاحبه‌های عمیق انجام‌شده با صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی واکاوی کند که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود. صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه اعلام کردند که معمولاً برنامه‌های حمایتی امنیت غذایی دولت کوتاه‌مدت و بدون تداوم لازم هستند و یا این‌که مبلغ اختصاص‌یافته، با میزان تورم و قیمت مواد غذایی متناسب نیستند، اشاره کردند همچنین روند طولانی شناسایی و تایید زنان باردار ناامن غذایی نیازمند حمایت، باعث می‌شود که تعدادی از زنان دوران بارداری را به پایان رسانده و از دریافت این خدمت محروم بمانند و یا بعضی به علت نبود نظارت، حمایت دولت از زنان باردار در موارد غیرغذایی هزینه می‌شود.

"ما یه فرمی رو داریم که ۱۸ تا ۲۴هر ماه افرادی که حالا یا براساس وضعیت وزن‌گیری و یا BMI قبل از بارداری و یا یک‌سری بیماری‌ها مثل کم‌خونی و یا دوقلویی باشه و کنار این‌ها وضعیت اقتصادی نامطلوب هم داشته باشه رو معرفی می‌کنیم. ستاد باز اون‌ها رو می‌فرستن برای کمیته امداد و اگر مادر تایید بشه یه سبد حمایتی می‌گیره که باز این روند شناسایی و تایید دومرحله‌ای مشکلاتی را ایجاد می‌کند، مثلاً خیلی زمان‌بر میشه و ممکنه اون زمان حیاتی برای رساندن مواد غذایی به اون زن باردار از دست بره." **مشارکت‌کننده ۲۰ (کارشناس تغذیه، ۶ سال سابقه کار)**

یکی دیگر از مشکلات مطرح شده توسط مشارکت‌کننده‌ها در این مطالعه تعلق‌نگرفتن سبد غذایی حمایتی دولت علی‌رغم شرایط نامناسب غذایی به علت داشتن شاخص توده بدنی در محدوده اضافه‌وزن می‌باشد.

"به اینجا که چند بار گفتم، میگن تو اضافه‌وزن داری، ما به کسی سبد غذایی می‌دیم که وزن اضافه نکرده باشه. من از اول چاق بودم، آب خالی هم که بخورم چاق میشم. هر چی گفتم، گفتن نمیشه. ما فقط به کسایی که وزن نگرفته باشند و یا کم‌وزن باشند می‌تونیم سبد غذایی بدیم." **مشارکت‌کننده ۱۳ (خانم ۲۱ساله، حاملگی دوم، ۳۴ هفته)**

به علت نبود نظارت حمایت دولت از زنان باردار، در موارد غیرغذایی هزینه می‌شد و صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی اعلام کردند که نیاز هست به زنان باردار آموزش داده شود که هدف از اجرای این برنامه چیست و این پول باید صرف تهیه مواد غذایی موردنیاز بارداری شود.

مشارکت‌کننده ۱ این‌طور می‌گفتند:

"پولی که برام ریختند، شوهرم گفت بده لازم دارم، چون اعتیاد داره می‌ترسم بدم بهش بره برای خودش مواد بخره، ندادم گفتم نگه داشتم که فردا پس‌فردا زایمان می‌کنم بتونم برم یک کیلو گوشت بخرم" **مشارکت‌کننده ۱ (خانم ۲۵ساله، حاملگی سوم، ۳۴ هفته)**

بحث

بررسی تجارب زنان باردار مشارکت‌کننده در این مطالعه، حاکی از آن است که زنان باردار ضرورت آموزش و مشاوره تغذیه بر حسب نیاز فرد در دوران بارداری را عنوان کردند. Dolin و همکاران در مطالعه خود با عنوان"بارداری و گرسنگی: پرداختن به ناامنی غذا در زنان باردار در طول همه‌گیری COVID-۱۹"در ایالات متحده این‌طور گزارش می‌دهند که آموزش تغذیه به‌صورت فردی در دوران بارداری می‌تواند باوجود محدودیت در منابع، کیفیت رژیم غذایی زنان باردار را افزایش دهد [۲۳].

برای تامین امنیت غذایی و دستیابی به یک برنامه آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی باید مواردی مانند سطح دسترسی اقتصادی خانوار به غذا را در نظر گرفته و بر اساس آن از میان راه‌حل‌های ممکن، سهل‌الوصول‌ترین راهکار حل مشکل پیشنهاد گردد. در بررسی تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز به نظر می‌رسد که باتوجه‌به شرایط تورم و قیمت بالای مواد غذایی در کشور، کاهش قدرت خرید خانوار و الگوی غذایی غالب جوامع فقیر که ۶۰ تا ۹۰ درصد انرژی دریافتی از غلات می‌باشد و عمدتا رژیم‌های غذایی خالی از پروتئین‌های حیوانی است، نیاز به آموزش جایگزین‌های غذایی و مغذی‌سازی غذا با منابع ارزان‌تر به زنان در مراقبت‌های قبل و در حین بارداری وجود دارد. Bell و همکاران نیز در مطالعه خود توصیه می‌کنند که زنان باردار ناامن غذایی به آموزش‌های تغذیه‌ای نیاز دارند، لذا پزشکان باید هنگام ویزیت مادران همواره آموزش‌های تغذیه‌ای به آن‌ها را نیز مد نظر داشته باشند [۲۴] و همچنین Rahmah و همکاران نیز اعلام کردند که باتوجه‌به اهمیت تغذیه دوران بارداری ، زنان بارداری که دانش تغذیه‌ای کافی ندارند، اغلب با مشکل در بارداری مواجه می‌شوند و این‌که آموزش به شدت بر سطح آگاهی و رفتار تغذیه‌ای زنان باردار موثر است باید درآموزش‌ها مورد توجه ویژه باشد [۲۵].

در میان تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مراکز بهداشتی بهترین محل شناسایی زنان ناامن غذایی و آموزش موثرترین مداخله بهداشت برای بهبود تغذیه زنان باردار شناسایی شده است. Heidkamp نیز در مطالعه خود با عنوان چگونه می‌توانیم پتانسیل کامل سیستم‌های سلامت برای تغذیه را درک کنیم گزارش می‌کند که سیستم مراقبت‌های بهداشتی کارآمدترین و تاثیرگذارترین پلتفرم را برای ارائه آموزش تغذیه و سایر خدمات مرتبط با تغذیه فراهم می‌کند [۲۶].

صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان کردند که به دلایل مختلف (کمبود فضای فیزیکی، کمبود وقت مراقب سلامت و زن باردار، کمبود امکانات مراکز بهداشتی، بار کاری زیاد مراقب سلامت، پایش‌نشدن خدمت آموزش، اطلاعات ناکافی کارکنان بهداشت) ارائه آموزش و مشاوره اصولی در مراکز بهداشت امکان‌پذیر نمی‌باشد. Vrkatić و همکاران نیز در مطالعه خود اعلام کردند که

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

باتوجه‌به این‌که خدمات متخصصین تغذیه به دلایل مختلفی در دسترس عموم مردم نیست، وظیفه مشاوره تغذیه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پزشکان منتقل شده است. دانش تغذیه کافی، نگرش مثبت، اعتمادبه‌نفس و توانمندی در مهارت‌های مشاوره پیش‌نیازهای موفقیت در مشاوره و آموزش‌های تغذیه‌ای است و کمبود وقت، حجم کاری زیاد، بازپرداخت‌های ناکافی مالی، تفاوت‌های فرهنگی و زبانی، موانعی برای دستیابی به مشاوره موثر می‌باشد [۲۷].

کمبود کارشناس تغذیه به‌عنوان مناسب‌ترین فرد برای آموزش رایگان تغذیه در ساختار مراکز بهداشتی و اثر منفی تعداد زیاد سوالات سامانه سیب و تعدد موضوعات آموزشی و خدمات بر کیفیت آموزش و مشاوره تغذیه دوران بارداری هم توسط صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان شده است. Dolin و همکاران نیز در مطالعه خود ذکر می‌کنند که متخصصان تغذیه ثبت‌نام‌شده و دارای مجوز بهترین افراد برای مشاوره تغذیه به زنان باردار هستند؛ اما این افراد به‌راحتی در دسترس همه مراکز بالینی نیستند و خدمات آن‌ها شامل پوشش بیمه نمی‌شود [۲۳].

همچنین صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه ذکر کردند که برای آموزش‌های تغذیه دوران بارداری نیاز به استفاده از روش‌های متنوع آموزشی ازجمله نیاز به آموزش در فضای مجازی توسط کارشناسان تغذیه به علت عدم مراجعه زنان باردار طبقه اجتماعی–اقتصادی مناسب به مراکز بهداشتی، برای دریافت مشاوره تغذیه وجود دارد. Dolin و همکاران نیز پیشنهاد می‌دهند که برای زنانی که به اینترنت دسترسی دارند، می‌توان منابع آموزش آنلاین تغذیه را توصیه کرد [۲۳]. در مطالعه Rahmawati و همکاران نیز مراقبین مشارکت‌کننده در مطالعه عنوان کردند که باتوجه‌به دسترسی مادران جوان به فضای مجازی ، می‌توان آموزش تغذیه از طریق پیام‌رسان‌های اجتماعی را در نظر داشت [۲۸].

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه از اینترنت و فضای مجازی، کارکنان بهداشت و تجربه قبلی و یا سایر زنان باردار به‌عنوان منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای دوران بارداری نام بردند و کارکنان مراکز بهداشتی را به‌عنوان منبع مطمئن کسب اطلاعات تغذیه دوران بارداری معرفی کردند.

در مطالعه Vogels-Broeke و همکاران هم گزارش شده است که ۹۱/۵ درصد زنان باردار از ماماها، ۷۹/۳ درصد از خانواده و دوستان، ۷۷/۹ درصد از وب‌سایت‌ها و ۶۱ درصد از اپلیکیشن‌ها به‌عنوان منابع کسب اطلاعات بارداری استفاده کرده‌بودند و منابع دیجیتال نسبت به افراد متخصص کمتر مفید و قابل‌اعتماد ارزیابی شده‌بودند [۲۹] در مطالعه Lobo و همکاران نیز ارتباط شفاهی با متخصصین بهداشت به‌عنوان اصلی‌ترین منبع دریافت اطلاعات تغذیه‌ای دوران بارداری مطرح شده‌است. همچنین گزارش شده‌است که روند جستجوی اطلاعات تغذیه‌ای در اینترنت هم افزایش داشته‌است [۳۰].

صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان کردند که باوجود فقدان بررسی امنیت غذایی در مراقبت‌های بارداری و نیاز به یک سنجش اصولی و درست امنیت غذایی زنان باردار، به نظر می‌رسد که امنیت غذایی زنان باردار وضعیت مطلوبی ندارد، لذا برای دست‌یابی به شاخص‌هایی دقیق ابعاد امنیت غذایی زنان باردار نیاز به استفاده از یک ابزار غربالگری استاندارد است تا علاوه بر شناسایی صحیح زنان باردار نیازمند حمایت غذایی، امکان شناسایی خانوارهای ناامن غذایی از طریق غربالگری زنان باردار ناامن غذایی هم فراهم شود. در مطالعه Laraia و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که با وجود این‌که ناامنی غذایی یک مشکل رایج اقتصادی است که زنان باردار با آن مواجه هستند؛ اما اغلب در سیستم‌های بالینی ارزیابی نمی‌شود، تعداد کمی از سیستم‌های بهداشتی هستند که شیوع ناامنی غذایی، شدت و خطرات آن در دوران بارداری را ارزیابی می‌کنند [۳۱].

در مطالعه Zinga و همکاران با عنوان روش‌های غربالگری ناامنی غذایی در سیستم‌های سلامت باروری گزارش شده است که به علت ارتباط واضح ناامنی غذایی با پیامدهای نامطلوب بارداری، غربالگری ناامنی غذایی باید قبل و یا ابتدای بارداری انجام شود که به‌صورت روتین در اغلب مراقبت‌های سلامت باروری صورت نمی‌گیرد [۳۲].

باتوجه‌به ماهیت چندبخشی امنیت غذایی، امروزه بر نقش همکاری‌های بین سازمانی در برنامه‌های ارتقای امنیت غذایی تاکید می‌شود؛ لذا با این‌که در سال‌های گذشته، برنامه‌های متعددی برای بهبود کیفیت وضعیت تغذیه و امنیت غذایی کشور انجام شده است و حتی اسنادی نیز در سطح ملی تهیه و تدوین شده است، اما عملیاتی‌نبودن راهبردهای پیشنهادشده در این اسناد، نبود همکاری‌های بین‌بخشی و کمبود منابع و ظرفیت‌های محیطی موجب شده‌است که این اسناد پیشرفت موردنظر را نداشته باشند. صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه با اشاره به وجود اسناد بالادستی فراوان پیرامون امنیت غذایی بدون برنامه عملیاتی مدون معتقد بودند که ارتقای امنیت غذایی زنان باردار نیازمند مداخله و هماهنگی کامل سازمان‌های ذی‌ربط می‌باشد. همچنین در مطالعه Adhikari و همکاران با عنوان تغذیه و امنیت غذایی در نپال: مرور روایی سیاست‌ها در نتیجه‌گیری محققین گزارش می‌کنند که نپال طیف گسترده‌ای از اقدامات، سیاست‌ها و راهکارهای مرتبط به غذا و تغذیه را در چند دهه گذشته اجرا کرده‌است؛ اما در این سیاست‌ها و برنامه‌ها ناهماهنگی وجود داشته است و مهم‌تر از آن اکثر این سیاست‌ها فاقد فرآیند روشنی برای اجرا و یا نظارت و ارزشیابی بوده‌اند [۳۳].

توجه به دهک‌های پایین اقتصادی در جوامع و توزیع جغرافیایی عادلانه غذا، در جهت تحقق تامین پایدار غذا به‌عنوان یکی از نقاط مهم و اصلی تمرکز برای بهبود شاخص‌های امنیت غذایی مطرح شده است. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز، استمرار طرح هدفمندی یارانه‌ها برای اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، تخصیص بودجه و اعتبار کافی برای فقرزدایی، اختصاص یارانه به اقلام غذایی اصلی و مهار تورم، کنترل نوسانات و قیمت بالای مواد غذایی می‌تواند در بهبود دسترسی و بهره‌مندی عادلانه غذا در جامعه موثر باشد. در مطالعه Joulaei و همکاران با عنوان ناامنی غذایی و عوامل موثر بر آن در زاغه‌نشینان جنوب غرب ایران در سال ۲۰۲۱ یک مطالعه مقطعی، محققین این‌طور نتیجه‌گیری کرده‌اند که ناامنی غذایی در مناطق فقیرنشین جنوب غرب ایران بسیار شایع است. وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده ناامنی غذایی در بین آن‌ها بود و همزمانی همه‌گیری کووید-۱۹ با بحران اقتصادی در ایران چرخه فقر و ناامنی غذایی راتشدید کرده‌است. ازاین‌رو، دولت باید مداخلات مبتنی برعدالت را برای کاهش فقر و پیامدهای مرتبط با آن بر امنیت غذایی را درنظر بگیرد [۳۴].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

در مطالعه Macaulay و همکاران هم زنان نیوزلندی از تغییر در قیمت‌گذاری مواد غذایی اصلی، افزایش میزان درآمد و دریافت حمایت مستمر و بیشتر از سوی دوستان، خانواده و دولت، به‌عنوان راهکارهای خروج از شرایط ناامنی غذایی نام بردند [۳۵].

تقویت اجرای طرح‌های اشتغال‌زایی برای سرپرستان خانوارهای ناامن غذایی و یا توانمندسازی اقتصادی سایر اعضای خانواده باهدف خودکفایی و افزایش میزان درآمد یکی دیگر از راهبردهای بهبود کیفی نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی در کشور است. در میان تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه توانمندسازی زنان روستایی و عشایر در تامین مواد غذایی موردنیاز خانواده و یا برای ایجاد کسب‌وکارهای خانگی و درآمدزایی با رویکرد هنرهای بومی مطرح شده‌است. در مطالعه Militao و همکاران نیز ایجاد اشتغال و توانمندسازی زنان به‌عنوان راهکارهای کاهش ناامنی غذایی خانوارها در موزامبیک مطرح شده‌است [۳۶]. Lufuke و همکاران نیز در مطالعه خود عنوان می‌کنند که توانمندسازی زنان با اثرگذاری بر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده، می‌تواند بر امنیت غذایی، بهبود رژیم غذایی و سلامت مرتبط با رژیم غذایی تاثیر مثبتی داشته باشد [۳۷].

صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه نیز در میان تجربیات خود به مواردی مانند استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها برای حمایت غذایی زنان باردار ناامن غذایی، آموزش خیرین برای شرکت در برنامه‌های حمایت غذایی خانوارهای ناامن غذایی، ساماندهی کمک‌ها و نذورات غذایی خیرین اشاره داشته‌اند. در مطالعه Adhikari و همکاران نیز از حمایت و مشارکت سازمان‌های بین‌المللی، بخش خصوصی، جامعه مدنی و موسسات دانشگاهی به‌عنوان یک فرصت عالی برای سرمایه‌گذاری و بهبود برنامه‌های تغذیه و امنیت غذایی کشور نپال یاد شده‌است [۳۳]. زنان نیوزلندی در مطالعه Macaulay و همکاران نیز دریافت کمک از سازمان‌های خیریه از جمله بانک‌های مواد غذایی را برای تامین فعلی و آینده خانواده‌شان ضروری می‌دانستند [۳۵].

تضمین پایدار عرضه غذای سالم و ایمن، یکی دیگر از راهکارهای ارتقای امنیت غذایی زنان باردار است که با بررسی تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به‌دست‌آمده‌است، صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه، قیمت بالای مواد غذایی ناسالم و قیمت پایین مواد غذایی سالم و قراردادن مالیات بر اقلام غذایی مضر را به‌عنوان یک راهکار برای تضمین پایدار عرضه غذای سالم و ایمن ذکر کرده‌اند. برخی از زنان نیوزلندی در مطالعه Macaulay و همکاران نیز پیشنهاد کردند که برای تشویق انتخاب‌های غذایی سالم‌تر، باید از غذاهای ناسالم مالیات گرفته شود [۳۵].

نارضایتی موجود در میان تجارب زنان باردار مشارکت‌کننده در این مطالعه، باعث شد که محقق به تحلیل طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار پرداخته و آن را در مصاحبه‌های عمیق انجام‌شده با صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی واکاوی کند. متخصصین حوزه امنیت غذایی مشارکت‌کننده در این مطالعه اعلام کردند که معمولا برنامه‌های حمایتی امنیت غذایی دولت کوتاه‌مدت و بدون تداوم لازم است و جابه‌جایی مدیران را به‌عنوان یکی از علل نیمه‌تمام‌ماندن طرح‌های حمایت غذایی از خانوارهای ناامن غذایی مطرح کردند. به‌علت بازه زمانی محدود معرفی، طولانی‌بودن زمان تایید در کمیته امداد،گاهی زنان باردار نیازمند حمایت غذایی حذف می‌شدند. میزان حمایت غذایی زنان باردار با میزان تورم و قیمت مواد غذایی متناسب نبود. به علت نبود نظارت، حمایت دولت از زنان باردار در موارد غیرغذایی هزینه می‌شد و صاحب‌نظران حوزه امنیت غذایی اعلام کردند که نیاز هست به زنان باردار آموزش داده شود که هدف از اجرای این برنامه چیست و این پول باید صرف تهیه مواد غذایی موردنیاز بارداری شود. یکی دیگر از مشکلات مطرح شده توسط مشارکت‌کننده در این مطالعه تعلق‌نگرفتن سبد غذایی حمایتی دولت علی‌رغم شرایط نامناسب غذایی به علت داشتن شاخص توده بدنی در محدوده اضافه وزن می‌باشد.

محققان در مطالعه Adhikari نیز اعلام کردند که برنامه‌های غذایی دولت نپال فاقد استراتژی‌های بلندمدت و پایدار است و عموماً بر مداخلات کوتاه‌مدت تمرکز کرده‌است [۳۳]. همچنین زنان نیوزلندی در مطالعه Macaulay نیز اعلام کردند ، فراهم‌کردن شغل و افزایش میزان درآمد خانوار، موثرترین و پایدارترین اقدامی است که دولت می‌تواند برای خروج آن‌ها از شرایط ناامنی غذایی انجام دهد [۳۵].

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم پاسخگویی صحیح مادران باردار به دلیل احساس شرم است که پژوهشگر تلاش می‌کرد که با حفظ حریم خصوصی مادر و اطمینان‌بخشی در مورد حفظ محرمانگی اطلاعات، احتمال بروز این محدودیت را کمتر نمایند.

نتیجه گیری

ارتقا امنیت غذایی و نیل به خودکفایی نه یک انتخاب بلکه یک التزام است. توجه و اهتمام به آموزش و مشاوره نیازمندی‌های غذایی، محتوای آموزشی هدفمند، برنامه آموزشی اثربخش و منابع کسب اطلاعات تغذیه‌ای مطمئن در دوران بارداری می‌تواند به ارائه برنامه‌های آموزش و مشاوره تغذیه سودمند و کاربردی منجر شود و همچنین با رصد وضعیت امنیت غذایی زنان باردار، تقویت سازوکار بین‌بخشی، بهره‌مندی عادلانه از غذا در جامعه، ارائه برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف غذای خانوار، توانمندسازی اقتصادی خانوار با هدف خودکفایی، حمایت‌طلبی اجتماعی و مشارکت بخش خصوصی برای ارتقای امنیت غذایی زنان باردار، استقرار و ارزشیابی مستمر برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار، تضمین عرضه پایدار غذای سالم و ایمن و بهبود مراقبت‌های بهداشتی، بسترهای لازم برای بهبود نظام مدیریت امنیت غذایی زنان باردار فراهم شده و دستیابی به ارتقای امنیت غذایی دوران بارداری و اهداف توسعه پایدار تحقق می‌یابد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه براساس دستورالعمل اعلامیه هلسینکی وتایید کمیته اخلاق (IR.MODARES.REC.1401.143) دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران انجام شد. قبل از شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از زنان باردار و رضایت شفاهی از کارشناسان شرکت‌کننده در مطالعه اخذ شد. همچنین رضایت استفاده از ضبط‌صوت در حین مصاحبه از هر یک از شرکت‌کنندگان اخذ شد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه مریم باقری در مقطع دکتری بهداشت باروری می‌باشد، لذا نویسندگان بدین وسیله از دانشگاه تربیت مدرس برای حمایت مالی از این مطالعه قدردانی می‌کنند.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی و اجرای مطالعه سهیم بوده‌اند، مقاله توسط مریم باقری تنظیم شده است و توسط همه نویسندگان مطالعه و تایید گردیده است.

حمایت مالی

اعتبار مالی این تحقیق توسط دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (شماره گرنت ۵۲/۱/۷۳۲۱) تامین شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ منافع رقابتی با پژوهش ندارند.

References

1. Martin-Shields CP, Stojetz W. Food security and conflict: Empirical challenges and future opportunities for research and policy making on food security and conflict. World Development. 2019;119:150-164. [DOI:10.1016/j.worlddev.2018.07.011]
2. FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome: FAO; 2024. [DOI: 10.1016/j.worlddev.2018.07.011]
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Hunger Map. Rome: FAO; 2025. [Link]
4. Sena Soares GM, Santos Farias HL, Sena Soares VC, Teixeira de Araujo Lima CL, Santos da Silva C. Food insecurity and health status among pregnant women in the semiarid region of Northeast Brazil. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde. 2023;18:e74213. [DOI: 10.12957/demetra.2023.74213]
5. Abrahams Z, Boisits S, Schneider M, Prince M, Lund C. The relationship between common mental disorders (CMDs), food insecurity and domestic violence in pregnant women during the COVID-19 lockdown in Cape Town, South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57(1):37-46. [DOI: 10.1007/s00127-021-02140-7] [PMID: 34282488]
6. Nguyen PH, Kachwaha S, Pant A, Tran LM, Ghosh S, Sharma PK, et al. Impact of COVID-19 on household food insecurity and interlinkages with child feeding practices and coping strategies in Uttar Pradesh, India: A longitudinal community-based study. BMJ Open. 2021;11(4):e048738. [DOI: 10.1136/bmjopen-2021-048738] [PMID: 33883156]
7. Musyoka MM, Bukachi SA, Muga GO, Otiang E, Kwoba EN, Thumbi SM. Addressing child and maternal nutrition: a qualitative study on food prescriptions and proscriptions determining animal source food consumption in rural Kenya. Food Secur. 2023;15(4):901-17. [Link]
8. Andreae G, Scott S, Nguyen G, Bell Z, Mehmood H, Sermin-Reed L, et al. Food insecurity among pregnant women living in high-income countries: a systematic review. Lancet. 2022;400(Suppl 1):S17. [DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02227-9] [PMID: 36929959]
9. Bailey CP, Vyas A, Schrum J, Napolitano MA. Food insecurity among pregnant and recently pregnant emerging and young adults: an online cross-sectional survey study. J Hunger Environ Nutr. 2023;19(2):1-14. [DOI: 10.1080/19320248.2023.2261879]
10. Sullivan K, St John M, Defranco E, Kelly E. Food Insecurity in an urban pregnancy cohort. Am J Perinatol. 2023;40(1):57-61. [DOI: 10.1055/s-0041-1729159] [PMID: 33934322]
11. Iqbal S, Ali I. Maternal food insecurity in low-income countries: Revisiting its causes and consequences for maternal and neonatal health. J Agriculture Food Res. 2021;3:100091. [DOI: 10.1016/j.jafr.2020.100091]
12. Secretariat of the Supreme Council of Health & Food Safety, Ministry of Health MME. National document for community nutrition improvement. Tehran: Ministry of Health; 2022. [Link]
13. Agampodi TC, Hromi-Fiedler A, Agampodi SB, Amarasinghe GS, Wickramasinghe ND, Jayasinghe IU, et al. A self-applied valid scale for rapid tracking of household food insecurity among pregnant women in Sri Lanka. Matern Child Nutr. 2021;17(3):e13165. [DOI: 10.1111/mcn.13165] [PMID: 33733618]
14. Moafi F, Kazemi F, Samiei Siboni F, Alimoradi Z. The relationship between food security and quality of life among pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):319. [DOI: 10.1186/s12884-018-1947-2] [PMID: 30081856]
15. Areba AS, Haile A, Abire BG, Debela BG, Legesse MT, Andarge SD, et al. Factors associated with food insecurity among pregnant women in gedeo zone public hospitals, Southern Ethiopia. medRxiv. 2022;12:1399185. [DOI: 10.3389/fpubh.2024.1399185] [PMID: 39175907]
16. Demary B. The final report of the project "Review, analysis and compilation of the national document on nutrition and food security of the country" during the years 2012 to 2015. Tehran: Andisheh Mondegar; 2015. [Link]
17. Zinga J, van der Pligt P, McKay FH. Views and preferences of food-insecure pregnant women regarding food insecurity screening and support within routine antenatal care. Health Expect. 2024;27(1):e13956. [DOI: 10.1111/hex.13956] [PMID: 39102650]
18. Canavan CR, D'cruze T, Kennedy MA, Hatchell KE, Boardman M, Suresh A, et al. Missed opportunities to improve food security for pregnant people: a qualitative study of prenatal care settings in Northern New England during the COVID-19 pandemic. BMC Nutr. 2022;8(1):8. [DOI: 10.1186/s40795-022-00499-7] [PMID: 35067225]
19. Bagheri M, Lamyian M, Sadighi J, Ahmadi F, Mohammadi-Nasrabadi F. Development of a food security assessment tool for pregnant women to integrate into antenatal care in the health system: protocol of a mixed-method study. Int J Qual Methods. 2023;22:1-11. [DOI: 10.1177/16094069231223928]
20. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Educ Today. 2017;56:29-34. [DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002] [PMID: 28651100]
21. Johnson S, Rasulova S. Qualitative research and the evaluation of development impact: incorporating authenticity into the assessment of rigour. J Dev Effect. 2017;9(2):1-14. [DOI:10.1080/19439342.2017.1306577]
22. Bagheri M, Lamyian M, Sadighi J, Ahmadi F, Mohammadi-Nasrabadi F. Food security during pregnancy: A qualitative content analysis study in Iran. Matern Child Nutr. 2025;21(1):e13725. [DOI: 10.1111/mcn.13725] [PMID: 39311043]
23. Dolin CD, Compher CC, Oh JK, Durnwald CP. Pregnant and hungry: addressing food insecurity in pregnant women during the COVID-19 pandemic in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2021;3(4):100378. [DOI: 10.1016/j.ajogmf.2021.100378] [PMID: 33932628]
24. Bell Z, Scott S, Visram S, Rankin J, Bambra C, Heslehurst N.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Experiences and perceptions of nutritional health and wellbeing amongst food insecure women in Europe: A qualitative meta-ethnography. Soc Sci Med. 2022;311:115313. [DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115313] [PMID: 36087388]
25. Rahmah QJ, Savira Salsabila R, Astuti R. The importance of nutritional food education for pregnant women. J Islamic Stud Educ. 2022;1(1). [DOI: 10.63120/jise.v1i3.15]
26. Heidkamp RA, Wilson E, Menon P, Kuo H, Walton S, Gatica-Domínguez G, et al. How can we realise the full potential of health systems for nutrition? BMJ. 2020;26:368:l6911. [DOI: 10.1136/bmj.l6911] [PMID: 31983682]
27. Vrkatić A, Grujičić M, Jovičić-Bata J, Novaković B. Nutritional knowledge, confidence, attitudes towards nutritional care and nutrition counselling practice among general practitioners. Healthcare. 2022;10(11):2222. [DOI: 10.3390/healthcare10112222] [PMID: 36360563]
28. Rahmawati W, van der Pligt P, Worsley A, Willcox JC. Indonesian antenatal nutrition education: A qualitative study of healthcare professional views. Women's Health. 2021;17:17455065211066077. [DOI: 10.1177/17455065211066077] [PMID: 34892998]
29. Vogels-Broeke M, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Sources of information used by women during pregnancy and the perceived quality. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):109. [DOI: 10.1186/s12884-022-04422-7] [PMID: 35135487]
30. Lobo S, Lucas CJ, Herbert JS, Townsend ML, Smith M, Kunkler E, et al. Nutrition information in pregnancy: Where do women seek advice and has this changed over time? Nutr Diet. 2020;77(3):382-91. [DOI: 10.1111/1747-0080.12589] [PMID: 31749295]
31. Laraia BA, Gamba R, Saraiva C, Dove MS, Marchi K, Braveman P. Severe maternal hardships are associated with food insecurity among low-income/lower-income women during pregnancy: results from the 2012–2014 California maternal infant health assessment. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):138. [DOI: 10.1186/s12884-022-04464-x] [PMID: 35183141]
32. Zinga J, van der Pligt P, Lindberg R, Vasilevski V, Lee A, McKay F. Food insecurity screening procedures used in reproductive healthcare settings. Nutr Rev. 2023;82(1):76-89. [DOI: 10.1093/nutrit/nuad039] [PMID: 37120152]
33. Adhikari N, Adhikari M, Shrestha N, Pradhananga P, Poudel B, Dhungel S, et al. Nutrition and food security in Nepal: a narrative review of policies. Nutr Rev. 2023;81(12):1612-25. [DOI: 10.1093/nutrit/nuad025] [PMID: 36944110]
34. Joulaei H, Keshani P, Foroozanfar Z, Afrashteh S, Hosseinkhani Z, Mohsenpour MA, et al. Food insecurity status and its contributing factors in slums' dwellers of southwest Iran, 2021: a cross-sectional study. Arch Public Health. 2023;81(1):38. [DOI: 10.1186/s13690-023-01049-8] [PMID: 36899422]
35. Macaulay GC, Simpson J, Parnell W, Duncanson M. Food insecurity as experienced by New Zealand women and their children. J R Soc N Z. 2023;53(5):553-69. [DOI: 10.1080/03036758.2022.2088574] [PMID: 39440127]
36. Militao EMA, Salvador EM, Silva JP, Uthman OA, Vinberg S, Macassa G. Coping strategies for household food insecurity, and perceived health in an urban community in southern Mozambique: a qualitative study. Sustainability (Switzerland). 2022;14(14):8710. [DOI: 10.3390/su14148710]
37. Lufuke M, Bai Y, Fan S, Tian X. Women's empowerment, food security, and nutrition transition in Africa. Int J Environ Res Public Health. 2022;20(1):254. [DOI: 10.3390/ijerph20010254] [PMID: 36612576].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]